

Práctica médica y sufrimiento espiritual (1ª parte)

C. Urbano-Ispizua

Clínica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra

Correspondencia:

Claudio Urbano-Ispizua

Clínica Universitaria

Facultad de Medicina. Universidad de Navarra

Avda. Pio XII, 36

31008 Pamplona

(cjurbano@unav.es)

Resumen

En el último decenio se ha visto en la literatura médica una profusión de artículos sobre la relación entre Religión o Vida Espiritual y Salud. Se ha determinado que no hay una relación causal entre estos dos aspectos de la vida humana, pero que existe evidencia científica sugestiva de una directa asociación de ambas: salud y espiritualidad están misteriosamente entrelazadas en la vida del individuo. El debate y la investigación continúan, como continúa la experiencia por parte del enfermo de un "sufrimiento espiritual" y la muchas veces vacilante actitud del médico de ofrecimiento de un "soporte espiritual", pues no está seguro de que éste sea su papel.

En esta primera parte se revisa la literatura científica reciente sobre el tema con el objeto de ofrecer una reflexión sobre esta realidad asistencial. La lectura crítica de estos artículos permite concluir que el médico debe ser más consciente del papel de la vida espiritual en la salud, particularmente en dos momentos: el primero durante su formación académica, sin descuidar la vertiente humanística de esta profesión; el segundo en cada acto médico, pues la atención de cada enfermo no pide la resolución de un problema, sino la sanación de un ser que sufre no únicamente en su realidad material.

El Sufrimiento Espiritual como prueba de Espiritualidad

Es deber del médico identificar y paliar el sufrimiento. Es una constante el interés por el tratamiento integral de la persona que sufre, mucho más que un cuerpo que sufre. El paciente sufre a causa del dolor o del deterioro de función o de sensibilidad, pero además experimenta la rebeldía ante su situación de persona enferma, el miedo a la soledad y la muerte, los sentimientos de culpabilidad por pensar que no ha alcanzado cuanto se esperaba de una vida que ahora decae irremisiblemente. El médico debe identificar y tratar todos los aspectos de la vivencia de cualquier enfermedad.

En España estamos familiarizados con el deber de no abandonar al paciente^{1,2}, incluso a aquellos con trastornos psicoso-

Summary

Over the past decade a large number of articles have appeared in the medical literature sharing a particular concern: what is the connection between spirituality and health? There seems to be one, but its nature is unknown. Research goes on, and in the meantime, our lack of knowledge takes its toll: on the one hand the patient experiences not just pain but also a kind of discomfort that has been termed 'spiritual suffering'; on the other hand the physician is willing to alleviate suffering but unsure of his or her role as a spiritual healer.

After reviewing some of the most significant recently published studies, we wish to offer in this first part of a series a reflection that could be of some help to the practitioner. Our conclusion is that doctors should be more aware of the link between spiritual life and health, with consequences at two different stages: First, during their years of training in medical school, giving more attention to humanistic aspects of their formation. Second, in each of the medical acts, since when dealing with a patient we are not just trying to solve a problem, but to alleviate pain in a human being who transcends the purely material.

ciales particularmente conflictivos. El alcance de este deber es de difícil definición, pero existen ejemplos.

Un artículo aparecido en "The Oncologist" titulado "Losing God" (Perdiendo a Dios)³ se centra en el sufrimiento espiritual experimentado por un hombre de 57 años que tras sobrevivir una larga lucha contra el cáncer, ha llegado a un momento de crisis vital: lucha en su interior con el sentimiento de que Dios -después de acompañarle durante tantos años- le ha abandonado, y ahora se acerca solo al final de su vida. Lo que le hace sufrir trasciende toda la sintomatología y complicaciones físicas de su enfermedad. La historia tuvo -como tantas historias norteamericanas- un final feliz: el personal sanitario que atendía a este paciente fue capaz de diagnosticar y tratar su sufrimiento, le asistió a recomponer la perspectiva sobre su enfermedad, a ver un sentido y una finalidad, le ofreció suficiente consuelo y

fortaleza como para que aquel hombre fuera capaz de no perder la paz interior, manteniendo su dignidad personal a pesar del desmoronamiento de su integridad física.

Paralelamente al comienzo de este siglo y milenio ha crecido el interés por parte de los profesionales de la medicina por la vida espiritual del paciente, ya que un número creciente de estudios ha mostrado correlación entre religiosidad o espiritualidad y mejor salud⁴. Es particularmente reseñable un artículo de revisión que abarca trabajos publicados entre 1970 y 2000, recientemente aparecido en la revista *Mayo Clinic Proceedings* y firmada por médicos de los departamentos de Medicina Interna, Anestesia y Psiquiatría⁵. También, como se señala en ese trabajo, la definición de Medicina Paliativa dada por la OMS subraya los aspectos espirituales de la atención médica.

La investigación llevada a cabo muestra que la mayoría de los pacientes tiene una vida espiritual y que valoran a la par su salud física y su salud espiritual. Es más, durante la enfermedad se da un aumento de las necesidades espirituales³ y otro artículo reciente sostiene que, enfermos hospitalizados en los que hubo tensión y lucha de tipo espiritual que fue fuente de estrés, evolucionaron peor que otros en cuanto a su salud mental e índice de mortalidad a los dos años de dejar el hospital⁶, por lo que se sugería la importancia de descubrir esas necesidades y darles el debido tratamiento⁷. La religión y la vida espiritual parecen estrechamente asociadas con la salud, especialmente -pero no solo- en lo referente a la serena aceptación de la enfermedad, a la calidad de vida en fases terminales, así como el acortamiento de los períodos de convalecencia⁵. Un estudio realizado con una muestra de 1620 personas con cáncer y HIV mostró que la satisfacción espiritual auguraba una calidad de vida más alta con independencia de factores físicos, emocionales o sociales⁵.

En nuestro medio tendemos a identificar Religión y Espiritualidad, pero no son lo mismo. La religión podemos definirla simplemente como un sistema fijo de creencias, valores y prácticas basados en unas enseñanzas de tipo espiritual. La espiritualidad hace relación a lo intangible de la vida, incluyendo la complejidad de nuestra relación con nosotros mismos, con los demás, con Dios. La espiritualidad afecta todo nuestro ser y genera como una capacidad para apreciar los valores trascendentes: el hombre espiritual se pregunta por el sentido y la finalidad de su vida, busca la relación con lo que es más grande que él mismo, integrando y trascendiendo lo biológico y lo psicológico de su propia naturaleza^{3,8}. La religión es el contexto vivencial en el que el individuo encuentra respuestas a sus inquietudes espirituales, quedando entonces como su sistema de referencia, su marco. Dios es la fuente de la religión, hablando el lenguaje del espíritu. Todo esto -aun siendo real- no suele formar parte del plan de estudios en una Facultad de Medicina.

El Déficit de espiritualidad como causa del sufrimiento espiritual en el paciente

Richard T. Penson y colaboradores tienen la audacia de decir que entre las causas de sufrimiento espiritual en los enfermos de cáncer están las que provienen de sus propios cuidadores, principalmente del lenguaje enigmático (*nebulous language*), la falta de confianza entre el médico y el paciente (*distrust*), y

el hecho de que la formación dada a los médicos les lleva al tratamiento de la enfermedad como un objeto de la ciencia en lugar de buscar el tratamiento de personas con enfermedades (*dogma*)³. Afirman que estos factores trastocan importantes aspectos espirituales en el cuidado del paciente canceroso, aspectos que quedan sin la debida atención. Aquí nos recuerdan que el cuidado de los aspectos espirituales -más allá de los psíquicos- conforma el bienestar vital (*existential well being*), un factor determinante de la calidad de vida, y que cuando el enfermo encuentra un sentido y una finalidad (meaning and purpose)^{9,10} a su sufrimiento, éste se hace mas tolerable. Por último proponen que todo el equipo sanitario debe asumir su deber de no abandonar al enfermo en su sufrimiento espiritual.

También forma parte de su mensaje algo más complicado de aplicar en nuestro entorno. Reclaman que de lo espiritual puede darse un paso mas: se puede y se debe, según el artículo citado, ayudar al paciente a enfocar una crisis incluso de tipo religioso, pues el aplicar la fe a la propia vida, el tratar de armonizar las propuestas de la fe con la propia experiencia es un deseo común a toda persona religiosa. Tenemos no sólo muchas personas religiosas, sino también una diversidad de religiones reconocidas y protegidas por las leyes fundamentales y declaraciones de derechos. Ante este hecho cabe cuestionarse si es necesario un "médico religioso" para cuidar al "enfermo religioso". Se precisa no tanto la práctica religiosa como el ser consciente de la dimensión espiritual de cada individuo además de cultivar la propia³. Solo así se es capaz de identificar el sufrimiento espiritual y enfocar la sanación, capacidad que supone un talento clínico al que se ha llamado de compasión (*clinical skills of compassion*)^{3,11,12}.

¿Por qué ese déficit de Espiritualidad?

Filósofos contemporáneos han manifestado su preocupación con lo que han llamado la objetivación científico-tecnológica, que actúa como un prisma que anula la presencia del hombre, del sujeto. Dicen que aunque esta "objetivación del hombre por la ciencia" representa una gran oportunidad de bienestar para el hombre, es también el mayor peligro que ha amenazado al ser humano en toda su historia. Esto es así porque la ciencia transforma la subjetividad humana en mera subjetividad susceptible de calculo y medida: hace pasar al hombre desde su lugar natural -ser un sujeto- a ser un objeto, le aleja de lo mas profundo de la esencia humana. Con parámetros exclusivamente científicos tradicionales perdemos fundamentalmente nuestra comprensión del ser humano como ser libre. La moral y la ética -ciencias humanísticas- son las que protegen y en su caso rescatan al sujeto¹³.

El cientifismo y el secularismo en boga llevan a dudar de lo espiritual y entre otras consecuencias han llevado a tratar "la enfermedad como objeto de ciencia", en lugar de "personas con enfermedades". Sin embargo la persona enferma sigue preguntándose por el sentido de su sufrimiento, la muerte, etc., ofrecidos y sostenidos por la religión¹⁴. La religión y la vida espiritual son evocadas por muchos en los momentos difíciles de la vida, en contraste con una ciencia que en su impotencia muestra su frialdad y desinterés por la persona. Por decirlo de otro modo, la civilización moderna ha dado credibilidad cuasi-exclusiva al conocimiento científico y así se ha transformado en una civilización sin sujetos. Objetos sin sujetos, porque ciencia

no es ya "el individuo que sabe" sino una forma de conocimiento que aunque está en los libros, nadie -ni siquiera los libros- parece ser capaz de abarcarla toda entera. Es prácticamente imposible nombrar el sujeto de la ciencia, sólo puede ser participada en alguna medida. El lugar de los sujetos ha sido ocupado por el Sistema. La Ciencia es un sistema y los sistemas son estructuras sin sujeto¹³.

Por supuesto que la medicina no es el único ámbito que la modernidad ha intentado desespiritualizar. Tatiana Goritcheva, filósofa rusa convertida al cristianismo y expulsada de Rusia durante el régimen soviético, explica lo que significa para los emigrantes rusos tener que vivir en los países de Occidente. La añoranza del calor que proporcionan la cercanía humana y una vida espiritual intensa, así como el inútil intento de echar raíces en la fría atmósfera de Occidente, les descubren nuestras carencias¹⁵.

¿Tiene "utilidad" la vida espiritual?

El hecho de que los enfermos se planteen cuestiones existenciales con motivo de su enfermedad¹², que la medicina no sabe contestar, llama a la colaboración con otras disciplinas: con la antropología en primer lugar, con la ética e incluso la teología natural. Estas disciplinas han dado muchas respuestas suficientemente satisfactorias -en lo espiritual- y consoladoras a una multitud de personas enfermas; de hecho la religión, la espiritualidad y la medicina han estado entrelazadas a lo largo de los siglos, y muchas de las instituciones sanitarias como profesiones relacionadas con la salud tienen su origen en una dimensión espiritual del vivir humano.

Existen pruebas claras de que la eficacia preventiva y curativa de la medicina podría verse potenciada si no se limitara a la condición clínica de los pacientes, sino que tuviera también en cuenta su estado emocional¹⁶.

Por lo aparentemente contradictorio de nuestra vida recurrimos a descripciones como La Noche Oscura del Alma o el Mito de Sisyfo, paralelismos con la condición humana. Nos preguntamos si es que trabajamos o sufrimos sin sentido ni utilidad. Los clásicos decían cosas inteligibles pero difíciles de aceptar, como que es más digno del hombre sufrir el mal que hacerlo. Ponderamos como hermoso el pensamiento de que lo que realmente frustra una vida no es el dolor, sino la falta de amor; que el gran fracaso de una vida es haber vivido sin amar^{3,17}. Es decir, palpamos un valor escondido en los momentos de prueba, y la existencia de valor en nuestra vida va unida a su sentido. Ambos hacen relación a lo absoluto, lo que es mayor que el hombre y distinto que él.

Al entrar en la esfera religiosa en búsqueda de respuestas, amor y dolor se mezclan, como prueba, valor, retribución. En la religión cristiana de modo particular, cuanto más parece que Dios abandona al hombre, tanto más lo ama e inmortaliza, pues lo resucita después de la muerte¹⁸.

La mentalidad hoy prevalente minimiza lo espiritual, en parte como consecuencia de una corrupción y pobre comprensión de la individualidad y autonomía tan propia de la esfera personal. Se puede añadir el dato -no las causas- de que estadísticamente la comunidad científica en la que se incluye a los médicos no se manifiesta tan religiosa como el público general^{5,19}, pero quizá sea más importante llamar la atención sobre una grave deficiencia de la enseñanza de la medicina, al no

ofrecer una explicación de la realidad del hombre como un todo personal.

El reciente artículo de revisión ya citado⁵ admite que el modelo de investigación biomédico en uso -basado en las comprobaciones físicas y experimentales- es reduccionista y no aplicable a la búsqueda de los factores psicológicos, sociológicos y espirituales que influyen la mayoría o la totalidad de las enfermedades. También en él se repite lo que el sociólogo J.S. Levin expresó hace pocos años:

1. La mayoría de las personas tiene una vida espiritual.
2. Muchos pacientes buscan una evaluación y un tratamiento de sus necesidades espirituales.
3. La mayoría de los estudios realizados ha encontrado una relación directa aunque no causal entre práctica religiosa y espiritual y mejora de la salud.
4. El soporte espiritual del paciente mejora su calidad de vida y acelera su recuperación.

Lo cual no ha demostrado ni implica que:

Con la práctica de religión no se contraigan enfermedades, que la enfermedad se deba a la falta de religiosidad o que la espiritualidad sea el factor más determinante de la salud, ni que los médicos debieran recetar actividades de tipo religioso. Por otra parte, tampoco hay evidencia de que la correlación entre práctica religiosa o espiritualidad y mejora de la salud deba ser atribuida a otros factores causales.

¿Existen unos mediadores beneficiosos asociados a la espiritualidad o la religión?

La práctica religiosa o vida espiritual tiende a inculcar hábitos de vida saludables, como son una dieta uniforme y equilibrada, la vida ordenada y la profilaxis de enfermedades, proporcionar elementos de soporte en la comunidad, etc.¹². Parece que hay algo más, con efectos positivo en la salud: se piensa que las prácticas espirituales típicas como la oración, meditación y adoración generan emociones y actitudes positivas como la esperanza, el amor, la serenidad y el perdón, limitando al mismo tiempo las emociones negativas como la hostilidad. Las emociones positivas podrían tener efectos somáticos beneficiosos a través de mecanismos fisiológicos no bien conocidos⁵. Desde 1995 el NIH y otras instituciones en EEUU han invertido mucho dinero en la investigación sobre la religión como factor determinante de salud física y mental y el número de facultades de medicina que ofrecían cursos sobre religión o temas espirituales pasó de 3 en 1994 a 30 en 1997¹². Sin duda incluiríamos también el soporte espiritual entre los distintos factores psicosociales con influencia en la evolución de cualquier proceso patológico.

En la reunión anual de ASCO en mayo del 2002 Edwin Cassem afirmaba que, de acuerdo con los estudios más recientes, dos son las cosas que todo paciente espera de su médico:

1. *High Touch*, entendido como la búsqueda del bienestar de toda la persona, haciendo que ésta se sienta única e irrepetible y
2. *High Tech*, la seguridad de que el médico tendrá la competencia profesional para ofrecer el mejor tratamiento disponible. Las dos entendidas como condiciones para una verdadera sanación²⁰.

Conclusiones

El punto de vista biomédico puede ocasionalmente producir una fractura en la comprensión del hombre, con una solución de continuidad entre lo físico y lo espiritual. Son los pacientes que sufren los que luchan por esa integración, recordando al médico que la persona es un todo, y como tal quiere ser tratada, cuerpo y espíritu.

Numerosos artículos y publicaciones sobre salud y vida espiritual apuntan hacia el enorme beneficio que puede ofrecerse a las personas enfermas tan solo con que el médico y el personal sanitario en general sean más conscientes del papel de la vida espiritual en la salud. Esto particularmente en dos momentos: el primero durante su formación académica, sin descuidar la vertiente humanística de esta profesión; el segundo en cada acto médico, pues la atención de cada enfermo no pide la resolución de un problema, sino la sanación de un ser que sufre no únicamente en su realidad material.

Bibliografía

1. Borrell F, Júdez J, Segovia JL, Sobrino A, Álvarez T. El deber de no abandonar al paciente. *Med Clin (Barc)* 2001;117:262-73.
2. Quill TE, Cassel CK. Nonabandonment: a central obligation for physicians. *Ann Intern Med* 1995;122:368-74.
3. Penson RT, Yusuf RZ, Chabner BA, Lafrancesca JP, McElhinny M, Axelrad AS, Lynch TJ Jr. Losing God. *The Oncologist* 2001;6:286-97.
4. Gundersen L. Faith and healing. *Ann Intern Med* 2000;132:169-72.
5. Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clin Proc* 2001;76:1225-35.
6. Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N, Hahn J. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. *Arch Intern Med* 2001;161:1881-5.
7. Koenig HK, Religion, Spirituality, and Medicine: How Are They Related and What Does It Mean? *Mayo Clin Proc* 2001;76:1189-91.
8. Yepes Stork R, Aranguren Echevarria J. *Fundamentos de Antropología "un Ideal de la Excelencia Humana"*. Pamplona: Euns, 1999.
9. Frankl, V. *El Hombre en búsqueda de sentido*. Barcelona: Herder, 1986.
10. Frankl, V. *El Hombre doliente*. Barcelona: Herder, 1994.
11. Cassell EJ. Diagnosing suffering: a perspective. *Ann Intern Med* 1999;131:531-4.
12. Levin JS, Larson DV, Puchalski CM. Religion and Spirituality in Medicine: Research and Education. *JAMA* 1997;278:792-3.
13. Spaemann, R. Peligros que entraña la razón de nadie. En: Antúnez J. *Crónica de las Ideas*. Madrid: Encuentro, 2001.
14. Roberts JA, Brown D, Elkins T, Larson DB. Factors influencing views of patients with gynecologic cancer about end-of-life decisions. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176:166-172.
15. Goritcheva T. *La Fuerza de los Débiles*. Madrid: Encuentro, 1988.
16. Goleman D. *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairos, 1996.
17. O'shea EM, Penson RT, Stern TA, Younger J, Chabner BA, Lynch TJ Jr. A Staff Dialogue on Do Not Resuscitate Orders: Psychosocial Issues Faced by Patients, Their Families, and Caregivers. *The Oncologist* 1999;4:256-62.
18. Vilar y Planas de Farnés J. *Antropología del Dolor*. Pamplona: Euns, 1998.
19. Oyama O, Koenig HG. Religious beliefs and practices in family medicine. *Arch Fam Med* 1998;7:431-5.
20. Holland JC, Cassem EH, Mount B, Simmons P. Dealing With Loss, Death, and Grief in Clinical Practice: Spiritual Meaning in Oncology. 2002 Educational Book ASCO May 18-21 Orlando, FL:198-205.